



Consentimiento informado colocación de un acceso vascular para hemodiálisis

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Descripción del problema que Vd. presenta

Debido a la existencia de un fallo en la función de los riñones (insuficiencia renal), el médico especialista (Nefrólogo) considera necesario que realice un tratamiento de hemodiálisis. Para poder hacerlo es necesario realizar una intervención quirúrgica que posibilite un buen acceso vascular.

¿En qué consiste la intervención?

La intervención consiste en la unión de una arteria con una vena (fístula arteriovenosa). En algunas ocasiones, durante la operación, surgen situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto, realizar una fístula distinta a la programada, o incluso utilizar una prótesis vascular. Esta modificación sólo se realizará si se espera que sea beneficiosa para el paciente. En ocasiones, si las venas están muy lesionadas o son de mala calidad, hay que utilizar un material sintético (prótesis), para poder pinchar y hacer la diálisis.

Habitualmente se realiza en los brazos y con anestesia local o regional.

Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

Objetivo y beneficios:

Como consecuencia de esta intervención se produce un desarrollo importante de las venas y así pueden ser fácilmente pinchadas de forma repetida, para extraer la sangre, hacer la diálisis a través de una máquina (riñón artificial) y volver a inyectarla una vez depurada.

Es importante saber que la fístula tiene una duración limitada en función de la calidad de las venas y del tiempo de uso. Por ello, puede ser que la fístula no funcione bien y sea necesario reconstruirla. A veces las venas o las arterias no son de muy buena calidad y el riesgo de que la fístula no funcione es elevado. A pesar de ello, siempre que los médicos creen que tiene posibilidades de funcionar, intentarán hacer una fístula sin usar prótesis, aprovechando al máximo las propias venas y arterias.

Riesgos específicos del paciente:

Los pacientes con arteriosclerosis e insuficiencia renal tienen un riesgo superior al de otros pacientes de padecer durante la intervención o posteriormente infarto de miocardio, cerebral, o agravamiento del problema renal, con posibilidad de secuelas graves e incluso muerte. La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante el periodo perioperatorio y/o a más largo plazo.

Riesgos específicos de la operación:

Existe la posibilidad de que la fístula no funcione y haya que repetirla en otra localización, durante la misma intervención o días después. Esto es más frecuente cuando se han realizado fístulas previamente, cuando se lleva mucho tiempo con hemodiálisis, o cuando las venas o las arterias están enfermas. En ocasiones, después de realizar la fístula puede disminuir el riesgo arterial en la mano, generalmente de forma transitoria. Según el estado de coagulación por la insuficiencia renal puede darse la aparición de hematomas o sangrados locales. Riesgo de infección cuando se implanta una prótesis que está por debajo del 3%.

Alternativas:

En este caso particular se ha considerado por sus médicos que el procedimiento especificado es el más adecuado para poder realizar la hemodiálisis. No se considera indicado implantar un catéter permanente para realizar la misma.

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascular**. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__